

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914 — N° 96

DES
Coudures acquises du Côlon Pelvien
PAR HERNIE ADHÉRENTE
DE L'APPENDICE ÉPIPLOÏQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1914

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

M. EUGÈNE BRICHARD

Né le 2 Novembre 1886, à Maynal (Jura)



LYON

ANC. IMPRIMERIE WALTENER

3, Rue Stella, 3

1913

**Des Coudures acquises
du Côlon pelvien par Hernie adhérente
de l'Appendice épiploïque**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914 — N° 96

DES

Coudures acquises du Côlon Pelvien

PAR HERNIE ADHÉRENTE

DE L'APPENDICE ÉPIPLOÏQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1914

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

M. EUGÈNE BRICHARD

Né le 2 Novembre 1886, à Maynal (Jura)



LYON

ANC. IMPRIMERIE WALTENER

3, Rue Stella, 3

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	BARD.
	X.
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	LESIEUR.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.).
Médecine légale	ETIENNE MARTIN.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARGET.	MOURIQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)	THÉVENOT Luc ¹⁰
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THÉVENOT Léon.	POLICARD.	COTTE
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VALLAS, président ; PATEL, assesseur ;
MM. LAROYENNE et TAVERNIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Meis et amicis

AUX MAITRES

qui, au début de nos études médicales, nous ont guidé de leurs conseils, nous dédions ce mémoire.

A leur contact journalier, nous avons pu apprécier toute la valeur et le charme de leur enseignement clinique. En sollicitant notre assiduité dans leurs services, ils ont su nous intéresser aux malades, nous faire en un mot aimer l'hôpital qui sera toujours la véritable école de la pathologie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Chirurgien des Hôpitaux

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

dont le bienveillant accueil ne nous a jamais fait défaut, nous adressons nos remerciements les plus sincères.

AU DOCTEUR LECLERC

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Nous avons pu apprécier son enseignement clinique pendant toute une année, nous gardons de lui le meilleur souvenir pour son amabilité à notre égard et l'intérêt qu'il nous a témoigné en maintes circonstances.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LESIEUR

Médecin des Hôpitaux

Dès le début de nos études médicales, ne nous a ménagé ni son appui, ni ses conseils. Qu'il veuille bien être assuré de toute notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Pendant notre externat et notre internat provisoire (1908-1913)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BÉRARD

Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON

Médecin des hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLAS

Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Chirurgien major de l'Antiquaille

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COMMANDEUR

Accoucheur des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Médecin de l'Antiquaille

MONSIEUR LE DOCTEUR LECLERC

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHATIN

Médecin des hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURIQUAND

Médecin des hôpitaux

INTRODUCTION

La chirurgie du côlon pelvien a pris, pendant ces dernières années, une importance tout à fait remarquable; le cancer, le volvulus primitivement étudiés, il a fallu se rendre compte qu'il existait à côté toute une série d'affections nouvelles.

Avec les audaces toujours croissantes de la chirurgie abdominale, on a pu reconnaître toute une pathologie spéciale de l'S. iliaque. Sans parler des atrésies congénitales, les affections inflammatoires simples retiennent déjà l'attention avec les sigmoïdites simples et les péri-sigmoïdites.

Les affections inflammatoires spécifiques, quoique moins connues, ont été précisées; enfin, il est une série d'accidents sur lesquels nous attireront tout particulièrement l'attention. Nous voulons parler des coudures du côlon pelvien spécialement déterminées par les appendices épiploïques, qui feront le sujet de cette thèse.

Remarquablement exposés au 26^e congrès français de chirurgie d'octobre 1913, dans un rapport de M. le professeur agrégé Patel sur la question. Nous avons emprunté

à cet ouvrage une grande partie des notions que nous allons décrire.

Nous étudierons donc en exposant dans un premier chapitre quelques lignes d'anatomie topographique absolument indispensables pour la commodité de la description.

Nous donnons ensuite une observation « in extenso » due à l'obligeance de M. Patel, qui a été publiée d'ailleurs à la Société de Chirurgie de Lyon du 26 juin 1913 et relatée dans le *Lyon Chirurgical* de septembre 1913, à la page 323.

D'après cette observation, nous voyons comment les appendices épiploïques par leur rôle physiologique peuvent prédisposer à ces coudures.

Nous essayons ensuite d'en préciser les causes générales, puis de décrire les lésions anatomiques observées : nous montrons sous quelle forme se présentent les accidents qui sont déterminés par les coudures de l'S iliaque, et enfin, dans un dernier chapitre, nous traitons le diagnostic, le pronostic et les indications.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Le côlon ilio-pelvien, S iliaque du côlon de nos auteurs français, anse sigmoïde de quelques anatomistes anglais et allemands, anse oméga de Trèves, fait suite au côlon descendant et s'étend de là jusqu'au rectum. Si nous suivons le côlon sigmoïde, de son origine à sa terminaison, il se porte verticalement de haut en bas; descend le long du bord externe du psoas jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'arcade crurale; s'infléchissant alors en dedans, il croise transversalement le psoas, atteint son bord interne et passe dans l'excavation pelvienne qu'il traverse de gauche à droite.

Arrivé au bord droit de cette cavité, il s'infléchit une dernière fois sur lui-même et se portant alors obliquement en bas et en arrière, puis en dedans, il vient se continuer avec le rectum au niveau de la 3^e vertèbre sacrée.

Nous n'insisterons pas trop sur sa configuration extérieure et intérieure, nous rappellerons seulement qu'au voisinage du rectum, les bandes musculaires qui sont au nombre de trois sur les trois premières portions du côlon, se réduisent à deux à ce niveau : l'une antérieure, l'autre

postérieure; en même temps, les bosselures et les sillons transversaux qui les séparent s'atténuent graduellement.

L'anatomie des appendices épiploïques nous retiendra davantage, et pour cause. L'on sait que le côlon pelvien est complètement entouré par le péritoine, il se trouve rattaché à la paroi abdominale et pelvienne par un long mésentère donnant ainsi à cette portion du côlon, une très grande mobilité et une variété de rapports et de situation très appréciables. Sur les bandelettes dont nous avons parlé plus haut, plus spécialement, sur les points où ces bandelettes s'unissent avec les bosselures relevées sur l'intestin, le péritoine affecte une disposition particulière. Il semble soulevé et forme des séries de prolongements de grosseur et de longueur très variables, de coloration jaunâtre. Ce sont les appendices épiploïques, ou encore séro-épiploïques, qui flottent parfois très librement dans la cavité abdominale.

Etant donnée la grande mobilité du côlon transverse, on comprend aisément que ces différents appendices peuvent contracter des rapports avec les nombreux organes du petit bassin; entrer parfois dans le contenu d'un sac herniaire et provoquer des accidents mécaniques toujours graves. Si maintenant, l'on cherche à avoir quelques documents plus spéciaux et se rapportant à la question, la thèse de Robinson et surtout l'article très complet de Kendirdjy e Séjournet dans la *Revue de Chirurgie* de 1910 nous donneront tous les détails nécessaires à éclairer la question.

D'après Sappey et Meckel, les appendices épiploïques feraient leur apparition vers le 5^e mois de la vie intra-utérine; de nombreuses autopsies permettent à Robinson d'être de cet avis et d'une façon très affirmative.

Chez l'adulte, ils sont très nombreux, aussi bien sur la portion du côlon transverse que sur celle du côlon pelvien, l'appendice lui-même en serait pourvu.

Leur forme est extrêmement variable, cônique, cylindrique, sacciforme, etc. ; d'après Robinson, deux formes seulement seraient à retenir :

1° La forme limbée.

2° La forme en haie ou en grappes minuscules.

La première offrirait une texture très délicate, et les nervures qui la composent correspondraient aux vaisseaux qui l'irriguent.

La vascularisation de ces appendices épiploïques est très importante à connaître, les artères sont fournies par les mésentériques supérieures et inférieures.

Les dernières ramifications des artères coliques arrivées au niveau du point d'implantation des séro-appendices sur l'intestin, forment une arcade d'où partent des rameaux qui parcourent toute l'étendue des appendices jusqu'à leur extrémité libre.

La disposition des veines est symétrique. Elles aboutissent aux mésentériques et parfois à la veine rénale, particularité anatomique très importante, car elle permet d'expliquer la production d'embolies au niveau de la rate et du foie. Ces notions anatomiques nous ont paru nécessaires de façon à bien préciser le point de vue auquel nous nous plaçons.

Nous allons maintenant rapporter l'observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Patel relative à la coudure du côlon pelvien par hernie de l'appendice épiploïque. Nous ajouterons deux autres cas typiques (Muscatello et Vuillet) se rapportant à la question.

Schéma du cas rapporté dans notre mémoire correspondant à l'observation originale communiquée par M. le professeur agrégé Patel, chirurgien des hôpitaux.



FIG. 1. — Coudure à angle aigu de l'S iliaque déterminé par un appendice épiploïque adhérent au sac herniaire crural. Occlusion aiguë, libération de l'appendice, guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Il s'agit d'un homme vigoureux, de 59 ans, manoeuvre, entré dans le service du professeur Jaboulay, le 13 juin 1913 ; son diagnostic d'entrée était : occlusion intestinale.

Dans ses antécédents personnels, rien à relever, jusqu'à il y a 8 ans. A ce moment, comme il était au travail et qu'il faisait un effort brusque, il sentit une douleur dans la région crurale gauche, et vit une petite tuméfaction apparaître à ce niveau ; un médecin consulté diagnostiqua une hernie et ordonna le port d'un bandage ; après quelques mois de repos, le malade reprit ses occupations et ne ressentit jamais rien du côté de sa hernie, sinon qu'elle demeurait irréductible.

Il y a six mois, il ressentit une douleur assez vive dans la région iliaque gauche ; en même temps, il fut pris d'une diarrhée assez abondante, l'obligeant à aller à la selle sept ou huit fois par jour ; il n'arrêta pas cependant son travail ; il n'y eut aucun symptôme fébrile ; cet état persista une semaine environ, s'accompagnant d'un état nauséux, de petites régurgitations de liquide aqueux, puis tout disparut spontanément.

Cet accident se renouvela à différentes reprises jusqu'à ces derniers temps ; chaque fois, les symptômes apparurent ; le malade n'y ajoute que deux particularités : la première, c'est qu'il avait un peu de sang dans ses matières ; la seconde, c'est qu'il avait vomi également du sang.

La dernière crise remonte au 7 juin ; elle parut céder assez bien, mais subitement, le ventre se météorise, les vomissements surviennent, la constipation fut absolue.

A son entrée, le malade se présentait avec une occlusion intestinale aiguë ; le ventre était très météorisé, sans péné-

taltisme ; les vomissements étaient bilieux et alimentaires, répétés ; pas de selles, pas de gaz. Le poulx était plein, rapide, la température était de 37°5.

A la palpation de l'abdomen, on percevait dans la fosse iliaque gauche une résistance nette, avec une tuméfaction diffuse qui se précisa le lendemain et apparut sous la forme d'une petite mandarine. Toucher rectal négatif.

On constate la présence de la hernie crurale gauche, irréductible.

Le diagnostic posé fut celui de sténose de l'S iliaque, de nature néoplasique, vraisemblablement.

On n'intervient pas le premier jour (glace, lavements huileux). Le lendemain, l'occlusion avait très nettement progressé et on décida d'explorer la fosse iliaque gauche et de terminer par un anus contre nature.

Intervention le 14 juin 1913.

Incision latérale gauche ; un peu de sérosité s'écoule à l'ouverture du péritoine. L'S iliaque fait hernie dans la plaie, très distendue. En descendant le long de son trajet, pour se rendre compte de la nature de l'obstacle, on perçoit une bride serrée qui coude l'S iliaque, en l'attirant fortement vers la partie inférieure de l'abdomen. Cette bride résistante se rend dans l'anneau crural, où le doigt, de l'intérieur de l'abdomen, arrive à le dégager. A ce moment, le côlon pelvien put être attiré entièrement à l'extérieur. On vit qu'il s'agissait d'un appendice épiploïque très long, qui croisait en écharpe la paroi intestinale et formait une sténose très serrée déterminée par la couture et l'adhérence à l'intestin ; résection après ligature. La circulation des matières se rétablit aussitôt.

L'S iliaque, au-dessus du rétrécissement qui occupait le milieu de la portion flottante, était très volumineux et pourvu d'appendices épiploïques démesurément longs.

Les suites opératoires furent très simples ; dès le soir de l'opération, une abondante débâcle se produisit ; depuis, l'état n'a fait que s'améliorer et le malade est aujourd'hui guéri.

Cette observation montre une nouvelle variété des méfaits des appendices épiploïques de l'S iliaque. Dans la thèse de Machuel, Lyon 1911-1912, il est fait mention d'accidents d'étranglement ou de suppuration, mais pas d'occlusion simple. C'est ce que montrent d'ailleurs les cas de Muscatello et de Vuillet que nous allons mentionner.

OBSERVATION II

Cas de Muscatello

Femme âgée de 56 ans, ne se connaissant pas de hernie. Deux jours avant son admission et sans cause apparente, elle avait ressenti dans la région de l'aîne gauche une douleur violente bientôt irradiée dans tout l'abdomen. Elle n'avait pas vomi, et n'avait pas présenté d'arrêt des matières et des gaz. Quarante heures après le début des accidents, elle est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de hernie crurale étranglée.

A son arrivée, on constate un état général parfait, sans température. Le ventre n'est pas ballonné. Dans la région crurale gauche, se trouve une tuméfaction d'un œuf de poule, tendue, rénitente, très douloureuse à la pression, non réductible et ne subissant pas d'impulsion à la toux.

On porte alors le diagnostic de hernie crurale épiploïque étranglée.

On procède à l'opération sous anesthésie locale par cocaïne adrénaline. On arrive sur un sac entouré de masses graisseuses. Dans le sac, un peu de liquide citrin et deux corps ronds, allongés, ayant l'un 2 centimètres, l'autre 1 cent. de longueur, présentant l'aspect habituel des appendices épiploïques, appendus par deux fins pédicules à l'anse sigmoïde.

Ces pédicules ne présentaient aucune trace de torsion. Ablation des appendices, résection du sac, cure radicale. Guérison.

II^e OBSERVATION DE MUSCATELLO

Louis M..., âgé de 32 ans, cultivateur. Six mois auparavant avait ressenti un jour une violente douleur dans l'aîne gauche. Cette douleur avait disparu depuis un mois. Le malade avait en outre remarqué l'apparition d'une petite tumeur qui avait augmenté progressivement de volume.

Après examen, on porte le diagnostic de hernie inguino-scrotale entéro-épiploïque et l'on procède à la cure radicale le 9 décembre 1905.

A l'ouverture du sac, on trouve l'épiploon dont un fragment est réséqué. On découvre aussi ensuite un appendice épiploïque adhérent à la partie postérieure du collet du sac

et tordu sur lui-même. La torsion siégeait environ à 5 millimètres de l'inversion du séro-appendice sur le côlon. Un autre séro-appendice, celui-là libre, se trouvait attaché à 5 millimètres au-dessous du collet du sac. D'autre part, le côlon sigmoïde lui-même adhérait à ce collet sur une étendue de 3 centimètres.

Ablation des appendices. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION III

Cas de Vuillet

Homme de 62 ans, porteur de deux hernies, vieilles d'une vingtaine d'années, sortant à peine de l'orifice inguinal externe. Le 17 janvier 1907, il ressentit une violente douleur dans la région inguinale gauche. Le 19, on constata dans cette région la présence d'un cordon très douloureux. Le 20, la tumeur avait augmenté de volume, elle était tendue, élastique, de la dimension d'un œuf, et se prolongeant par un pédicule étroit, du côté de la cavité abdominale. Pas de vomissements.

Opération. — Sac autour d'un gros lipome. Œdématié à sa partie inférieure, il contenait deux séro-appendices épiploïques, à l'extrémité inférieure en massue, adipeuse, bleuâtre, non adhérents aux parois : deux pédicules fins, libres, s'enfonçaient dans l'abdomen jusqu'à l'S iliaque que l'on sentait libre au-dessus du trajet inguinal. Dans la *Revue de Chirurgie*, Kendirdjy et Séjournet citent 19 observations où l'on trouve des accidents d'étranglement et de suppuration, dus aux appendices épiploïques, mais aucun cas d'occlusion simple.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Pour expliquer comment peuvent se produire ces courbures de l'S iliaque, il faut envisager le rôle physiologique des appendices épiploïques. Qu'ils soient considérés comme de simples lobules adipeux, et que par leur poids, ils arrivent à être assez mobiles pour pénétrer dans un trajet herniaire, l'opinion nous paraît assez hardie.

Leur structure histologique nous montre qu'ils sont identiques au péritoine, ils se composent d'une couche profonde ou couche conjonctive, d'une couche superficielle de nature endothéliale.

La couche conjonctive, ou lame séreuse, répond par sa face profonde à un tissu lâche qui sera de base à l'endothélium.

Entre les fibres élastiques et conjonctives se trouve une substance amorphe qui peut renfermer des cellules adipeuses, donnant ainsi aux appendices leur coloration propre. Ainsi, structure identique à celle de l'épiploon, les appendices épiploïques ont les mêmes propriétés biologiques.

C'est tout d'abord leur mobilité défensive qui s'exerce dans trois circonstances.

a) Lorsqu'il se produit un appel leucocytaire en un point de l'abdomen, l'épiploon sert de vecteur aux leucocytes.

b) Dans le balayage de la cavité péritonéale, propriété découlant tout naturellement des propriétés phagocytaires des leucocytes, où il se produit un véritable drainage des corps étrangers et des microbes.

c) Dans les solutions de continuité des viscères ou de la paroi abdominale, il comble, grâce à sa plasticité, les plaies et les oblitère.

Avec les propriétés hématopoiétiques et son rôle leucopoiétique, nous avons assez parlé des propriétés physiologiques de l'épiploon ou des appendices épiploïques pour comprendre, comment, grâce à cette mobilité, ils peuvent se déplacer de façon à produire des coudures de l'S iliaque, comme le démontre notre observation originale.

Si l'on envisage, d'autre part, la question à un point de vue un peu plus général, on peut se rendre compte que les coudures acquises du côlon pelvien sont favorisées et même uniquement dûes soit à des adhérences fixant l'intestin lui-même en un point variable de son trajet, soit à une rétraction cicatricielle du méso-côlon pelvien déformant la totalité de l'anse sigmoïde.

De plus, les coudures par adhérences, reconnaissent des origines diverses :

- a)* La péritonite simple ou tuberculeuse
- b)* Les lésions appendiculaires chroniques.
- c)* Les lésions de l'appareil génital de la femme doivent être mises souvent en cause, principalement celles des

annexes gauches qui normalement voisinent l'anse pelvienne. Il s'agit dans tous les cas de vieilles lésions refroidies, simples ou tuberculeuses, l'anse sigmoïde est rarement indemne. Si les lésions tuberculeuses sont prédominantes, les adhérences sont plus intimes, et la perforation est plus immédiate.

d) Les lésions inflammatoires du côlon lui-même, la sigmoïdite par exemple, provoquent à la longue de nombreuses adhérences.

Telles nous paraissent être les causes adjuvantes de ces coudures, il nous faut y ajouter, mais beaucoup plus rarement, la méso-sigmoïdite.

Dans notre cas personnel, la laparatomie montra que l'anse sigmoïde était coudée par une bride longue plongeant dans le sac crural herniaire auquel elle adhérait et qui n'était autre qu'un appendice épiploïque démesurément long. La section de la bride amena la guérison complète.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après ce que nous avons essayé de décrire sur la physiologie de l'épiploon et des appendices épiploïques, il est aisé de comprendre que ces organes ne doivent pas donner lieu, a priori, à des accidents aussi aigus que l'étranglement de l'épiploon lui-même. Dans notre observation, le malade avait eu pendant longtemps des accidents d'occlusion chronique qui devinrent aigus seulement par la suite.

D'une façon plus générale, les adhérences contractées par l'intestin sont le plus souvent larges, trapues et courtes, elles peuvent fixer l'intestin, soit à la paroi pelvienne, soit à l'organe malade.

On peut les voir aboutir sur la face péritonéale de l'intestin : presque toujours, les diverticules sont englobés à leur intérieur.

Fait important, l'insertion sur l'anse pelvienne est étendue et à son niveau ou à son voisinage on rencontre des coulées inflammatoires ; chronique, l'adhérence devient ainsi une péricécalite chronique.

D'où, le principe au cours de la libération de se tenir loin de l'intestin et de vérifier toujours l'intérieur de la bride pour voir s'il n'existe pas de canal diverticulaire, le mieux est de lier avant de sectionner. L'S iliaque, dans notre cas, fortement coudé, était attiré fortement vers la partie inférieure de l'abdomen.

Dans certains cas on peut avoir différentes positions :

a) L'S iliaque est fixé à la paroi pelvienne par une ou plusieurs adhérences.

b) Tantôt il est reporté au voisinage de l'appendice malade (Tuttle-Blak).

c) Tantôt, il plonge dans le Douglas (coudure en M de A. Lane).

Dans deux cas, M. le professeur agrégé Patel a vu les deux segments initiaux et terminaux de l'anse sigmoïde réunis au voisinage d'une annexite gauche, l'anse formait une boucle complète.

Quelque soit le type anatomique, les coudures intestinales sont rarement aiguës, ce sont plutôt des déplacements.

La paroi intestinale est épaissie, sclérosée et par la même rétrécie, on se demande souvent si les troubles observés sont dûs plutôt à la coudure qu'à la lésion intestinale.

Parfois, on peut trouver aussi le méso-côlon qui normalement est souple et flottant, remplacé par de véritables brides cicatricielles ou lésions de mésosigmoïdite.

Au point de vue microscopique, nous avons toujours des lésions d'épiploïte congestive. Des vaisseaux dilatés sillonnent l'épiploon.

La circulation, quoique partiellement entravée, suffit néanmoins à assurer la nutrition de l'organe.

L'infiltration se fait par les leucocytes, augmentée par le péristaltisme de l'intestin, il se produit des ruptures vasculaires quand la congestion est très intense avec des vaisseaux dilatés (cas de Muscatello et Vuillet). On se trouve en présence de lésions d'épiploïte hémorragique (thèse de Régner, Paris 1899).

Enfin on a aussi des lésions d'épiploïte suppurée aboutissant à la gangrène. Telles sont les différentes lésions observées dans une étude macroscopique et microscopique.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Ce qui caractérise les symptômes de ces coudures de l'S iliaque, c'est le début généralement insidieux, sa lenteur d'évolution, l'absence ou le peu d'intensité de phénomènes généraux. Toute la symptomatologie témoigne pendant longtemps d'une obstruction incomplète qui quelquefois cède au traitement, ou même arrive à s'amender sans soins spéciaux; c'est ainsi que dans notre cas personnel nous voyons notre malade, six mois avant l'intervention, ressentir de vagues douleurs suivies de périodes de constipation et de diarrhée alternatives, jusqu'au moment où se complétant d'une manière progressive, l'obstruction, de chronique qu'elle était, devient aiguë avec des accidents d'une extrême gravité.

Pendant une assez longue période, en effet, qui peut durer plusieurs mois, ce qui domine, c'est la symptomatologie d'un obstacle intestinal d'abord incomplet, prenant une plus grande importance.

Constipation opiniâtre durant six jours, huit jours,

quelquefois, comme on l'a vu, bien davantage suivie de débâcles, de diarrhées abondantes, de troubles digestifs de toute sorte, inappétence, lenteur des digestions, nausées, vomissements, coliques, parfois malaise général, céphalée, vertiges, insomnies; phénomènes généraux sous la dépendance de la constipation, de la résorption des matières fécales, mais qui n'atteignent jamais, ni l'importance, ni l'acuité de ceux qu'on observe dans l'occlusion aiguë, tels sont les principaux symptômes observés dans les coudures de l'S iliaque.

L'obstruction des matières fécales consécutives à la production de ces brides peut être modifiée d'un moment à l'autre par de nouvelles adhérences inflammatoires qui accentuant de plus en plus une flexion angulaire de l'intestin, peut donner lieu à une obstruction de plus en plus complète et définitive.

On comprend encore comment, sous l'influence d'un spasme, l'arrêt brusque des matières et des gaz peut survenir dans n'importe quel segment intestinal déjà en partie sténosé.

C'est vers l'arrêt complet des matières qu'évolue donc l'obstruction, elle réalise anatomiquement toutes les conditions de l'occlusion aiguë avec laquelle, elle se confond.

Les principaux signes de l'occlusion aiguë se retrouvent d'ailleurs ici seulement plus atténués, on retrouve la douleur moins vive, le ballonnement du ventre, le météorisme, tous signes cèdent à la suite des débâcles. Qu'on ajoute à cela une symptomatologie un peu différente chez la femme, où la maladie causale domine (annexite), on aura le tableau d'une entéro-colite invétérée. Quelquefois une vive douleur survécut, s'accompagnant de légère obs-

truction intestinale avec péristaltisme discret et se termine par une débâcle stercorale.

Suivant certains auteurs (Tuttle-Mummery), la douleur à gauche, pendant la défécation, serait caractéristique. C'est l'endoscopie et surtout la radioscopie qui peuvent servir à préciser le diagnostic. Ainsi, comme on le voit, l'appendice épiploïque, par ses adhérences au sac herniaire, donne une série de symptômes fonctionnels se confondant avec les signes de l'obstruction intestinale chronique.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Devant un malade qui présente l'ensemble fonctionnel de l'occlusion intestinale chronique l'idée d'un étranglement herniaire est la première qui doit se présenter à l'esprit.

Pour ce qui est du cas dont nous rapportons l'observation, le diagnostic fut nettement posé à l'examen de la hernie crurale gauche devenue irréductible. Nous n'insistons pas sur les différentes affections qui auraient pu induire en erreur, coliques néphrétiques, empoisonnement, etc., le fait brutal était là pour nous éclairer, il s'agissait d'une hernie devenue irréductible, c'était une obstruction intestinale, plus spécialement une occlusion.

On pouvait se demander aussi s'il ne s'agissait pas d'une réaction péritonéale, survenue par perforation du tube digestif, mais il n'y avait pas à hésiter longtemps. A l'aide des antécédents, du passé intestinal du malade, et après avoir pratiqué le toucher rectal nous avons tous les éléments de diagnostic nécessaires, d'autant plus que

rien au niveau de l'ombilic ne se présentait, pas de matité dans l'hypogastre, indice d'un épanchement péritonéal, pas de bruit hydro-aérique de Duplay, pas de douleur bien vive.

Le ventre très météorisé nous empêchait de faire une localisation de siège, la marche de l'affection devenue très aiguë nous autorisait seulement à conclure en faveur d'un obstacle siégeant sur l'intestin grêle, ce que révéla d'ailleurs l'opération.

Il ne fut pas possible de penser soit à un volvulus, à un étranglement par brides ou diverticules, à une invagination aiguë plutôt qu'à une coudure produite par un appendice épiploïque.

L'âge du malade n'avait pas non plus d'importance, de sorte que la véritable cause nous fut révélée à l'intervention. En somme les erreurs sont fréquentes, ce qu'il faut souligner, c'est qu'en présence d'une occlusion intestinale aiguë, il faut, comme on l'a dit, avoir la « laparatomie facile ». Tel est le traitement chirurgical qui s'impose comme un véritable dogme.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

En l'état actuel de la question, il est impossible d'établir un pronostic général des coudures de l'S iliaque, par hernie de l'appendice épiploïque, on a très rarement l'occasion de les rencontrer. La littérature chirurgicale comporte à peu près onze cas d'observations rapportées tant en France qu'à l'étranger. Le cas relaté par nous et dans les deux observations de Muscatello et le cas de Vuillet ont été suivis de guérison parce qu'ils ont été opérés d'une façon tout à fait précoce. Pour nous, c'est la précocité de l'opération qui est le facteur le plus important, et nous n'hésitons pas à dire que plus l'intervention sera tardive, plus réservé sera le pronostic ; plus l'opération sera tentée de bonne heure, plus bénignes seront les suites opératoires. Il est presque inutile de dire qu'il faut éliminer les cas où les malades sont atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, ou relèvent d'un état antérieur qui les met dans un état de moindre résistance, surtout après l'intervention. Quant à savoir ce que pourrait devenir une

coudure du côlon pelvien même non sphacélé, la question se pose à peine. Il est à présumer que la mort ne tarderait pas à se produire, causée par les phénomènes d'occlusion tout d'abord, le retentissement péritonéal qui se produirait fatalement, l'atteinte profonde subie par l'état général et surtout par la paralysie réflexe de l'intestin et la stercorémie consécutive.

Si la torsion de l'appendice épiploïque s'associe à la coudure de l'S iliaque, le pédicule tordu peut se rompre et donner lieu à des hémorragies abondantes. Dans notre cas, il ne l'était pas, l'appendice adhérait fortement au niveau du collet du sac. Dans les autres observations, on était en présence d'accidents infectieux ayant pour cause cette torsion, et le pronostic était incontestablement beaucoup plus grave dans ces cas.

Il est certain que ces accidents doivent être surtout envisagés en théorie, car dans la pratique on ne doit pas leur laisser le temps de se produire.

En l'état actuel de la chirurgie, une opération hâtive et bien conduite met certainement le malade à l'abri de ces éventualités.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il est difficile de préciser les conditions anatomiques qui commandent une intervention chirurgicale. Il faut se baser sur la chronicité et l'intensité des signes fonctionnels observés, principalement les accès d'obstruction et en rechercher la cause. Dans le cas que nous avons relaté, M. le professeur agrégé Patel n'intervint pas le premier jour, on mit de la glace sur l'abdomen, on prescrivit un lavement huileux, espérant voir s'amender les accidents d'occlusion.

Le lendemain, devant l'aggravation des symptômes, on décida d'explorer la fosse iliaque gauche et de terminer par un anus contre nature.

On fait une incision latérale gauche, un peu de sérosité s'écoule à l'ouverture du péritoine, l'S iliaque fait hernie dans la plaie très distendue. On descend le long de son trajet pour se rendre compte de la nature de l'obstacle. On perçoit une bride serrée qui coude l'S iliaque en l'attirant fortement vers la partie inférieure de l'abdomen et

se rendant dans l'anneau crural, on la dégage, ce n'était qu'un appendice épiploïque. Libération des adhérences, section de l'appendice après ligature. La circulation se rétablit aussitôt. Les suites opératoires furent très simples, le soir de l'opération une abondante débâcle se produisit et le malade guérit peu après sans complication.

Ainsi donc, en présence de tels symptômes, il faut :

1° Intervenir rapidement par une laparatomie assez large, essayer de rechercher la cause de l'occlusion. Libérer les adhérences et ligaturer l'appendice, telle est la conduite à tenir.

D'une façon plus générale, quel est le traitement de choix des coudures de l'S iliaque ?

En ce qui concerne la localisation iliaque, il faut mettre hautement en évidence le principe de ne jamais perdre de vue la maladie première. L'ablation d'un appendice malade, de trompes enflammées : voilà la bonne opération ; il suffit de régulariser simplement le trajet de l'S iliaque ce qui se fait mathématiquement par la péritonisation sans vouloir chercher une forme idéale que l'on n'obtiendrait pas. Il est courant d'observer de cette façon des guérisons complètes.

Si la lésion intestinale existe seule, diverses opérations ont été pratiquées : la dilatation aux bougies de Wales (Tuttle), la libération des adhérences (Roystev), sont les plus simples.

Les entéro-anastomoses ont été surtout appliquées dans les lésions généralisées au côlon. On a fait parfois l'exclusion unilatérale du gros intestin préconisée par A. Lane et Giordano, elle est préférable en raison du reflux possible des matières. La résection a été pratiquée quelquefois et recommandée plus souvent.

Il est certainement difficile d'apprécier ces diverses opérations, sans refuser une certaine valeur à tous ces procédés opératoires il ne faut pas exagérer le nombre et la valeur de telles opérations ainsi que le montrait Roux, de Lausanne, au congrès de chirurgie de 1912.

Beaucoup de déplacements sont compatibles avec un état fonctionnel parfait : l'hygiène intestinale sera très utile, et toutes ces manœuvres sur l'intestin ne sont pas toujours d'une bénignité absolue.

CONCLUSIONS

A. — Les coudures acquises du côlon pelvien par hernie de l'appendice épiploïque donnent des accidents d'occlusion chronique intestinale.

Elles donnent aussi des accidents infectieux. (Thèse de Machuel, 1912).

B. — Les coudures des l'S iliaque peuvent être produites par :

1° Les lésions des appendices épiploïques.

2° Elles reconnaissent comme autre origine :

a) la péritonite;

b) l'appendicite;

c) les lésions de l'appareil génital de la femme;

d) les lésions du côlon pelvien lui-même;

e) les mésosigmoïdites.

C. — *Les lésions anatomiques* observées sont :

1° La situation du côlon pelvien, coudé et fortement attiré en bas (cas personnel), fixé à la paroi par une ou deux adhérences. — Reporté à droite au voisinage d'un

appendice malade (Tuttle-Black). — Plongeant dans le Douglas (coudure en M d'A. Lane).

2° Microscopiquement on trouve : 1° de l'épiploïte simple ou congestive; 2° de l'épiploïte suppurée.

D. — *Symptômes* : Occlusion chronique, occlusion aigüe dans la suite. Chez la femme un peu différentes : les lésions d'annexite étant souvent en cause.

Diagnostic. — Se fait par l'examen de la hernie devenue irréductible et par les antécédents. On éliminera : 1° le volvulus; 2° l'étranglement par brides ou diverticules; 3° l'invagination.

Traitement. — Intervention rapide et précoce. La parotomie assez large pour rechercher la cause de l'occlusion. Destruction des adhérences. Section de l'appendice après ligature.

Le président de la thèse,

M. VALLAS.

Vu : Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon, le 22 Décembre 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

- MARJOLIN. — Manuel d'anatomie, tome II, page 405, 1815.
MECKEL. — Manuel d'anatomie générale descriptive et pathologique. Trad. Jourdan et Bresched, tome III, 1825.
CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive, tome II, page 536, 1868.
SAPPEY. — Anatomie descriptive, tome IV, page 229, 1889.
POIRIER. — Traité d'anatomie.
TESTUT. — Anatomie descriptive, 5^e édition, tome IV, page 190, 1905.
ROBINSON. — Thèse de Paris, 1908.
GÉRARD MARCHAND. — Chirurgie du gros intestin. Doin, Paris 1909.
GUINARD. — In Traité Chirurgie Le Dentu Delbet. Maladies de l'intestin.
HARTMANN. — Chirurgie de l'intestin. Travaux anatomo-cliniques, 3^e livre.

PATHOLOGIE

- SCARPA. — Observations anatomiques et pratiques sur les hernies, 1811.
LAWRENCE. — Traité des hernies, 1818.
CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale, 1849.
MALGAIGNE. — Traité d'anatomie chirurgicale, 1859.
CROSSELIN. — Leçons sur les hernies, 1865.
JABOULAY. — In thèse Régnier, Lyon 1897.
TORGUE. — Pathologie externe.

- JABOULAY et PATEL. — Hernies. Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet.
- TITTLE. — Coudures aiguës de l'S iliaque. *New-York Medical Journal*, 14 mars 1908, page 479.
- SPENCE. — Angulation de l'S iliaque, *New-York Medical Journal*, 1908, page 832.
- LANE (A). — Traitement opératoire de la constipation chronique, Londres 1909.
- THIÉMANN. — Coudure en V de l'S iliaque. *Münch. med. Wochenschrift*, 3 août 1909, page 585.
- CURSCHMANN. — S iliaque mobile. Congrès allemand, 1911, in *Semaine Médicale*, 1911, p. 219.
- LANE (A). — Influence des coudures de l'intestin sur la production de la stase intestinale chronique. *The British Med. Journal*, 22 avril 1911, page 913.
- CHAPPLE. — Stase intestinale chronique : son traitement par l'ancestomose et la colectomie. *The British Med. Journal*, 22 avril 1911, page 913.
- BLACK. — Déplacements du côlon. *Annals of. Surgery*, 6 décembre 1912, page 888.
- ROUX. — Congrès de Chirurgie, 1912.
- KIENBOCK. — S iliaque allongé et mobile. *Münch. med. Wochenschrift*, 14 janvier 1913, p. 68.

BIBLIOGRAPHIE SE RAPPORTANT PLUS SPÉCIALEMENT AU SUJET

- RIEDEL. — Ueber die Drehung der Appendices épiploicæ und ihre Folgen. *Corpora aliëna und Stauge in Bauche*. *Münch. med. Woch.*, 28 nov. 1905, n° 48, p. 2308-2311.
- LORENZ. — Bericht über einen seltenen Operationbefund. *Wien. Klin. W.*, 1905, n° 51.
- BRUNS (V). — Brucheinklemmung einer Appendix épiploicæ. *Münch. med. W.*, 1906, n° 1.
- MUSCATELLO. — Stozzamento erniario delle appendici épiploiche e sue conseguenze. *Gaz. med. italiana*, n° 18, Maggio 1906.
- SCHWEINBERG. — Ein tale von isoberte Incarceration. *Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*, fascicule 46, page 383.
- VERGA. — Ernia crurale irreducibile di appenplici épiploiche. *Gaz. med. italiana*, n° 30. Luglio, 1907.

- VERDENAL. — Diverticules de l'S iliaque. Thèse Lyon, 1907.
- MOHR. — Brucheinklemmung von App. epip. *Münch. med. W.*, 1907, vol. LIV, p. 170.
- LINKENHELD. — Beiträge zur Brucheinklemmung des Appendices épiploïcæ. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 92, Band 4-6. Heft. marz., 1908.
- KRUGER. — Zur Torsion der App. epipl. *Münch. med. W.*, 1907, v. LIV, p. 1813.
- VULLIET. — Du rôle des appendices épiploïques dans les accidents herniaires. *Sem. Médicale*, n° 27, 1907.
- LEJARS. — La torsion du grand épiploon. *Sem. Médicale*, 1907, page 76.
- ZOPPRITZ. — *Sem. Médicale*, n° 16.
- TRUFFI. — Etranglement des appendices épiploïques dans un sac herniaire. *Riforma medica*, n° 50, 14 décembre, p. 1377 à 1383.
- KENDIRDJY. — *Revue de Chirurgie*, 1910, p. 36 à 53.
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie	13
Observations	17
CHAPITRE II. — Etiologie, Pathogénie	21
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	24
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	27
CHAPITRE V. — Diagnostic	30
CHAPITRE VI. — Pronostic	32
CHAPITRE VII. — Traitement	34
CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39
